UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL'INSUBRIA
DIPARTIMENTO DI SCIENZA E ALTA TECNOLOGIA

RICHIESTA TIROCINIO INTERNO

PREVISTO DAL MANIFESTO DEGLI STUDI – A.A……..

Corso di Laurea in ……**Anno di Corso**…….

STUDENTE - Cognome e nome ……

Matricola …… **Codice fiscale** ……

Tel…… **Cell**……..……**e-mail**……

Soggetto portatore di handicap: ⬡ Si ⬡ No

Per tirocinio presso……

Docente Responsabile ……

Durata Tirocinio (mesi)……..…..Periodo di svolgimento……

Attività proposta……

……

……

……

Da compilare solo in caso di tirocinio per tesi di laurea:

- Correlatore……
- Titolo della Tesi……

Data …….….. Firma dello studente……

Firma del docente responsabile……

TRATTAMENTO DATI
Consento al trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali".

Data……. Firma……..

A cura dell'ufficio

APPROVATO DAL CCD NELLA SEDUTA DEL ……/……/……..

NUMERO DI CREDITI PREVISTI PER IL TIROCINIO……

I REQUISITI NECESSARI PER L'INGRESSO IN TIROCINIO SONO STATI VERIFICATI.

IL PRESIDENTE DEL CL (firma)…… ……

DA INVIARE O CONSEGNARE AL DIPARTIMENTO DI SCIENZA E ALTA TECNOLOGIA
SEGRETERIA DIDATTICA
Via VALLEGGIO, 11 - 22100 COMO
TEL. 031 238 6005 FAX 031 238 6009
E-MAIL: didattica.disat@uninsubria.it